

<https://helda.helsinki.fi>

---

## Miten vieroittaa iäkäs potilas unilääkkeestä?

Puustinen, Juha

2016

---

Puustinen , J , Lähteenmäki , R , Neuvonen , P J & Kivelä , S-L 2016 , ' Miten vieroittaa iäkäs potilas unilääkkeestä? ' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 71 , Nro 18 , Sivut 1303-1307 . < <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2016/SLL182016-1303.pdf> >

---

<http://hdl.handle.net/10138/225962>

---

publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*

**JUHA PUUSTINEN**

LT, kliinisen lääkehoidon dosentti, neurologian erikoislääkäri, lääkäriskouluttajan erityispuoleisuus Satakunnan sairaanhoitopiiri, neurologian yksikkö Helsingin yliopisto, farmakologian ja lääkehoidon osasto, kliinisen farmasian ryhmä juha.puustinen@satshp.fi

**RITVA LÄHTENMÄKI**

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri Turun yliopisto, yleislääketiede

**PERTTI J. NEUVONEN**

LKT, kliinisen farmakologian professori ja ylilääkäri (emer.), erikoislääkäri Helsingin yliopisto HUS, kliininen farmakologia

**SIRKKA-LIISA KIVELÄ**

LKT, yleislääketieteen emeritaprofessori, geriatrisen lääkehoidon dosentti Turun yliopisto, yleislääketiede Helsingin yliopisto, farmakologian ja lääkehoidon osasto, kliinisen farmasian ryhmä

## Miten vieroittaa iäkäs potilas unilääkkeestä?

- Hoitosuosituksen vastainen bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttö unilääkkeenä on yleistä, ja siihen liittyy monia riskejä varsinkin iäkkäille henkilöille.
- Asteittainen, tuettu vieroitus tuottaa parhaat tulokset.
- Vieroituksen ohjaus on mahdollista toteuttaa myös terveyskeskuksen vastaanottokäynnillä.
- Annoksen pienennysnopeus sovitaan yhdessä potilaan kanssa, ja on esimerkiksi 10–25 % 1–3 viikon välein.
- Annoksen pienentämiseen liittyy usein ns. rebound-unettomuutta, jolloin oireet palaavat voimistuneina.

Tästä kannattaa informoida potilasta ja kertoa, että ilmiö on ohimenevä.

Unettomuuden syiden tunnistaminen vaatii pa-neutumista potilaan kokonaistilanteeseen, ja hoito tulee toteuttaa noudattaen perushäiriön Käypä hoito -suositusta. Iäkkäiden unettomuuden syinä ovat useimmiten virheelliset elintavat, kivut, psykiatriset ja somaattiset sairaudet sekä lääkehaitat. Unilääke ei ole ensisijainen hoitokeino, mutta jos sitä tarvitaan, sen aloittamisella on harvoin kiire (1,2,3).

### Iäkkäät henkilöt ja unilääkkeiden käyttö

Unilääkkeitä tulisi käyttää lähinnä vain tilapäisen ja lyhytaikaisen unettomuuden hoitoon. Niiden tehon on osoitettu säilyvän vain noin neljän viikon ajan (4), ja pitkäaikaisessa käytössä haitat ylittävät todennäköisesti hyödyn erityisesti, kun on kyse iäkkäistä potilaista. Suositel-

räinen vuorokausiannos), vajaan 36 DDD/1 000 as/vrk vuonna 2014 (6,7). Kaikkein vanhimmat ja eniten lääkkeitä käyttävät henkilöt ovat tyypillisimpiä unilääkkeiden käyttäjiä. Käyttö on usein pitkäaikaista, vuosia, jopa vuosikymmeniä kestävä (8,9).

Bentsodiatsepiinien teho unettomuuden hoidossa on luvuun verrattuna melko vaatimaton, mutta kognitiiviset ja psykomotoriset haitat ovat yleisiä (4,10). Pitkäkestoiseen bentsodiatsepiinien käyttöön liittyy muistin ja päätteilytoimintojen heikkenemisen vaara terveilläkin iäkkäillä. Haitta korostuu, jos henkilön kognitiiviset toiminnot ovat heikentyneet tai hän sairastaa dementiaa. Äskettäin julkaistun katsauksen mukaan lisääntynyt dementia-riski on havaittu bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttäjillä yhdeksässä tutkimuksessa kymmenestä (11). Kausallinen yhteys bentsodiatsepiinien käytön ja dementia välillä on kuitenkin epävarma (11,12).

Kaatumistapaturmat, murtumat, liikuntakyvyn ja päivittäistoimintojen heikentyminen, kemiallinen rajoittaminen ja lisääntynyt kuolleisuus ovat muita bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttöön liittyviä riskejä. Unilääkkeiden käyttäjiä ja lääkäreitä ei tulisi kuitenkaan syyllistää, jos bentsodiatsepiinien käytölle on ilmeiset lääketieteelliset perusteet. Riskeistä huolimatta unilääkkeestä voi olla jollekin potilaalle enemmän hyötyä kuin haittaa.

Kanadassa tehtiin äskettäin geriatrian alalla työskenteleville lääkäreille, farmaseuteille ja sairaanhoitajille suunnattu kyselytutkimus, jossa kolmivaiheista Delphi-menetelmää käyttäen selvitettiin iäkkäille haitallisten lääkeryhmien vieroittamisohjeiden tarvetta (13). Prioriteettillis-

*Unilääkkeitä tulisi käyttää vain tilapäisen unettomuuden hoitoon.*

tu bentsodiatsepiinien käyttöaika unilääkkeenä vaihtelee enintään kolmen viikon ja kolmen kuukauden välillä (4,5). Kuitenkin jopa neljännes iäkkäistä käyttää bentsodiatsepiineja (kuten tematsepaamia, oksatsepaamia tai diatsepaamia) tai niiden tavoin vaikuttavia, ns. z-lääkkeitä (tsopiklonia tai tsolpideemia).

Suomessa bentsodiatsepiini-unilääkkeiden ja z-lääkkeiden (jatkossa: bentsodiatsepiinien) käyttö on vähentynyt huippuvuodesta 2003, jolloin niitä käytettiin yli 55 DDD/1 000 as/vrk (DDD, Defined Daily Dose, lääkkeen keskimää-



## KIRJALLISUUTTA

- 1 Talaslahti T, Alanen HM, Leinonen E. Miten hoidan vanhusen unettomuutta? Suom Lääkäril (teemaliite Unen elämäankaari) 2014;69:37–41.
- 2 Partonen T. Unettomuuden diagnostiikka. Suom Lääkäril (teemaliite Unen elämäankaari) 2014;69:5–9.
- 3 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Unettomuus. Duodecim, Käypä hoito -suositus 2.12.2015. www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/
- 4 Raaska K. Unettomuus. Kirjassa: Neuvonen PJ, Backman JT, Himberg JJ, Huupponen R, Keränen T, Kivistö KT, toim. Kliininen farmakologia ja lääkehoito, 2. painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy 2011;619–26.
- 5 Dimitrow M, Leikola S, Kivelä SL, Airaksinen M, Mykkänen S, Puustinen J. Iäkkäiden hoidossa vältettävät lääkkeet: katsaus suosituksiin. Duodecim 2013;129:1159–66.
- 6 Suomen lääketilasto 2003. Lääkelaitos ja Kela, Helsinki 2004.
- 7 Suomen lääketilasto 2014. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kela, Helsinki 2015.
- 8 Puustinen J, Nurminen J, Kukola M, Vahlberg T, Laine K, Kivelä SL. Associations between the use of benzodiazepines or related drugs and health, physical abilities and cognitive function: a non-randomized clinical study in the elderly. Drugs Aging 2007;24:1045–59.
- 9 Lähteenmäki R, Puustinen J, Vahlberg T ym. Melatonin for sedative withdrawal in older patients with primary insomnia: a randomized double-blind placebo-controlled trial. Brit J Clinical Pharmacol 2014;77:975–85.
- 10 Glass J, Lancot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. BMJ 2005; doi:10.1136/bmj.38623.768588.47.
- 11 Billioti de Gage S, Pariente A, Bégaud B. Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? Expert Opin Drug Saf 2015;14:733–44.
- 12 Gray SL, Dublin S, Yu O ym. Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. BMJ 2016;352:i90, DOI: 10.1136/bmj.i90.
- 13 Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottier K. What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified Delphi process. PLOS One 2015, DOI 10.1371/journal.pone.0122246.

## TAULUKKO 1.

### Yhteenveto Gouldin meta-analyysistä (18)<sup>1</sup> koskien iäkkäiden vieroitusta bentsodiatsepiini-unilääkkeistä.

Painoarvo (%) viittaa kyseisessä tutkimuksessa olleen potilasjoukon prosentuaalisen osuuteen samantapaisten interventtioiden potilaiden kokonaismäärästä.

Tutkimus tai alaryhmä	Pääasiallinen interventio	Interventio-ryhmän potilasmäärä	Verrokki-ryhmän potilasmäärä	Painoarvo %	OR-luku (95 %:n LV)
<b>PÄÄASIASSA LÄÄKKEEN MÄÄRÄÄMISEEN JA KÄYTTÖÖN KOHDENTUVAT INTERVENTIOT</b>					
Salonoja ym. (22) 2010	Lääkärin kertaneuvonta potilaalle ja tunnin yleisö-luento	259	269	90,1	1,40 (0,97; 2,00)
Velert, Vila ym. (23,24) 2011, 2012	Farmaseutin tekemä lääkitys-arvio ja suositus lääkärille	192	172	9,9	1,84 (0,61; 5,48)
<b>Yhteensä</b>		<b>451</b>	<b>441</b>	<b>100,0</b>	<b>1,43 (1,02; 2,02)</b>
<b>PSYKOTERAPIALLA TAI KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALISILLA MENETELMILLÄ TUETTU VIEROITUS</b>					
Baillargeon ym. (25) 2003	Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia yhdistettynä vähittäiseen annoksen pienentämiseen	35	30	44,0	4,99 (1,73; 14,42)
Giblin ja Cliff (26) 1983	Psykologiset menetelmät (rentoutustekniikka, informointi ja neuvonta)	10	10	8,1	21,00 (1,78; 248,11)
Morin ym. (27) 2004	Valvottu vähennys, kognitiivinen psykoterapia tai näiden molempien yhdistäminen	27	49	34,3	5,52 (1,66; 18,34)
Petrovic ym. (28) 2002	Valvottu vieroitus ja psykologinen konsultointi	20	20	13,6	1,59 (0,24; 10,70)
<b>Yhteensä</b>		<b>92</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	<b>4,97 (2,46; 10,04)</b>
<b>LÄÄKKELLISESTI TUETTU VIEROITUS</b>					
Cardinali ym. (29) 2002	melatoniini ja lume	32	34	58,6	1,86 (0,64; 5,35)
Di Constanzo ja Rovea (30) 1992	karbamatsepiini ja lume	18	18	23,7	1,43 (0,27; 7,55)
Tham ym. (31) 1989	tematsepaamin äkinäinen ja hidas lopetus lumekontrolloituna	18	18	17,7	1,60 (0,23; 10,95)
<b>Yhteensä</b>		<b>68</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>1,70 (0,76; 3,82)</b>

<sup>1</sup>Alkuperäisen taulukon korjattua taulukkoa (erratum) on yksinkertaistettu ja lisätty tutkimuksen pääasiallinen interventiotapa.

talla kärkeen nousi tarve saada ohjeita bentsodiatsepiineista vieroittamiseen.

### Unilääkkeiden vieroitusinterventiot

Unilääkkeistä vieroituksen onnistumista ja pysyvyyttä on tutkittu käyttäen erilaisia vieroituksen menetelmiä ja tukikeinoja. Osa tutkimuksista on tehty kotona asuville, melko terveille henkilöille, osa taas hoitokodeissa tai laitoksissa asuville. Tutkimuksiin osallistuneiden henkilöiden ikäjakauma, unettomuuden syyt, vieroitusta edeltänyt bentsodiatsepiinien käytön

kesto ja vieroituksen jälkeinen seuranta-aika ovat olleet eri tutkimuksissa hyvin erilaiset. Joissakin tutkimuksissa vieroitus on koskenut myös päiväkäytössä olevia bentsodiatsepiineja (9,14–31).

Aikuis- ja vanhusikäisten bentsodiatsepiini-vieroituksesta on kymmenen viime vuoden aikana julkaistu systemaattisia katsauksia ja meta-analyysyjä (14,15,16,17). Iäkkäiden unilääke-vieroitustutkimuksista on äskettäin laadittu meta-analyysi (18), johon on valittu 16 määrätty kriteerit täyttävää kontrolloitua tutkimusta. Tä-

- 14 Denis C, Fatseas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. Cochrane Database Syst Rev 2006(3):CD005194.
- 15 Voshaar RC, Couvee JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. Br J Psychiatry 2006;189:213–20.
- 16 Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RM. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. Addiction 2009;104:13–24.
- 17 Paquin AM, Zimmerman K, Rudolph JL. Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults. Expert Opin Drug Saf 2014;13:919–34.
- 18 Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williams E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2014;204:98–107. Br J Psychiatry (erratum) 2014;205:330.
- 19 Vicens C, Bejarano F, Sempere E, ym. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomized controlled trial in primary care. Br J Psychiatry 2014;204:471–9.

män meta-analyysiaineiston kokoamisen jälkeen on julkaistu vielä neljä laadukasta alkupe-  
räistutkimusta (9,19,20,21).

### Meta-analyysi bentsodiatsepiinin vieroitustutkimuksista

Gouldin ym. laatimaan meta-analyysiin (18) oli hyväksytty 16 kontrolloitua, satunnaistettua tutkimusta, joissa bentsodiatsepiineja pitkään käyttäneiden ja niistä vieroittautumiseen opastettavien ikä oli vähintään 50 vuotta ja keski-ikä, mediaani tai moodi vähintään 60 vuotta (taulukko 1)

Useimmissa näistä vieroitusinterventiotutkimuksista pääasiallinen hoitotapa oli ollut se, että lääkäri ja/tai hoitohenkilökunta tuki tavalla tai toisella potilaiden vieroittautumista. Käytettyjä tapoja olivat esim. asteittainen valvottu bentsodiatsepiinien käytön vähentäminen ja lopettaminen, valvotusti kerralla tapahtuva käytön lopettaminen, bentsodiatsepiinien korvaaminen muulla lääkehoidolla (esim. melatoniini tai lume) ja psykoterapian tai kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käyttö valvotun vieroituksen tukena (22–31).

Osassa tutkimuksista toimenpiteet kohdennettiin pääasiassa lääkkeiden määräämiseen tai

Myös vaikuttamalla reseptien kirjoittamiseen onnistuttiin ainakin lyhytkestoisesti lisäämään vieroittumista verrattuna verrokkiryhmään (NNT 13), mutta bentsodiatsepiinien korvaaminen muulla lääkehoidolla ei juuri lisännyt vieroittamisen onnistumista (ei-merkitsevä NNT 13).

### Uusimmat tutkimukset

Edellä referoidun meta-analyysin (18) jälkeen on julkaistu neljä vieroitustutkimusta, jotka on tehty iäkkäille bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttäjille.

Vicens ym. satunnaistivat kolmeen eri ryhmään yli 500 yleislääkärien hoidossa ollutta espanjalaista bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttäjää, jotka olivat käyttäneet lääkettä vähintään kuusi kuukautta (19). Kahdessa tutkimusryhmässä potilaille kerrottiin ensikäynnin yhteydessä bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäytön haitoista ja mahdollisista vieroitusoireista ja suunniteltiin asteittainen vieroitus. Näistä toisen ryhmän potilaille sovittiin seurantakäyntejä 2–3 viikon välein ja toisessa ryhmässä oleville annettiin pelkästään kirjalliset ohjeet. Kolmannen ryhmän potilaat olivat yleislääkärin tavanomaisessa seurannassa ilman erityisohjeita. Kahdessa ensin mainitussa ryhmässä tulokset olivat yhtä hyviä: 45 % kummastakin ryhmästä pärjasi vuoden kuluttua ilman bentsodiatsepiineja. Ilman erityistoimenpiteitä jääneessä verrokkiryhmässä ainoastaan 15 % oli lopettanut käytön.

Tannenbaumin ym. julkaisemassa tutkimuksessa 30 kanadalaisesta apteekkia satunnaistettiin kahteen ryhmään (20). Puolet apteekeista antoi pitkään bentsodiatsepiineja käyttäneille vieroittumista tukevat kirjalliset ohjeet, joissa neuvottiin vähentämään lääkitystä asteittain 21 viikon kuluessa. Puolet apteekeista antoi tavanomaista apteekkipalvelua ilman näitä erityisohjeita. Potilaat olivat 65 vuotta täyttäneitä, ja tutkimus toteutettiin yhteistyössä alueen muun lääkintähenkilökunnan kanssa. Puolen vuoden kuluttua 27 % erityisohjeita antavien apteekkien asiakasryhmästä oli lopettanut bentsodiatsepiinien käytön, mutta verrokkiapteekkien asiakkaista vain 5 % oli lopettanut käytön. Lisäksi 11 % erityisohjeita saaneista käyttäjistä oli vähentänyt käyttöä. Parhaat tulokset saavuttivat ne potilaat, joiden käyttämät bentsodiatsepiiniannokset olivat olleet pienimpiä.

Lichstein ym. satunnaistivat 70 yhdysvaltalaisista yli 50-vuotiaista bentsodiatsepiiniunilääk-

## Asteittainen unilääkkeen vähennys yhdistettynä kognitiivis-behavioraalsiin menetelmiin on tehokkain vieroitusmenetelmä.

- 20 Tannenbaum C, Martin F, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education The EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med 2014;174:890–8.
- 21 Lichstein KL, Nau SD, Wilson NM ym. Psychological treatment of hypnotic-dependent insomnia in a primarily older adult sample. Behav Res Ther 2013;51:78–96.
- 22 Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivelä SL. One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons. Age Ageing. 2010;39:313–9. doi: 10.1093/ageing/afp255.

käyttöön mm. koulutuksena bentsodiatsepiinien haittavaikutuksista ja palautteen antamisena lääkityksistä. Eräissä tutkimuksissa käytettiin useampia erilaisia vaikuttamisen tapoja. Ylivõimaisesti paras vieroitustulos saavutettiin sellaisissa interventiotutkimuksissa, joissa vieroitus tapahtui valvottuna. Niissä bentsodiatsepiinien annosta pienennettiin asteittain ja vieroitukseen oli yhdistetty psykoterapiaa tai kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käyttöä. Tällöin keskimääräinen ristitulosuhde (OR, odds ratio) lyhytkestoiselle vieroittautumiselle oli 5 verrattuna verrokkiryhmään ja NNT-luku (number needed to treat) oli 3. Vieroitustulos heikkeni jonkin verran ajan myötä: 0,5–3 kk:n seurannassa NNT oli 4 ja 12 kk:n kuluttua NNT oli 5. Vaikeutena onkin usein se, miten tukea vieroituksen säilymistä niin, ettei relapseja tapahtuisi.

## Koulutetut unihoitajat voisivat antaa ohjausta ikääntyvien nukkumiseen vaikuttavista sairauksista ja lääkehaitoista.

- 23 Velert Vila J. Intervención Farmacéutica para la Adecuación de la Prescripción de Benzodiazepinas en Pacientes Mayores [Pharmaceutical Intervention for the Suitability of Benzodiazepine Prescription in Older Patients]. Cardinal Herrera University 2011.
- 24 Velert Vila J, Velert Vila Mdel M, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza JA, Moreno Royo L. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico [Suitability of the use of benzodiazepines prescribed by the pharmacist in the elderly. A doctor-pharmacist collaboration study]. Aten Primaria 2012;44:402–10. doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.018.
- 25 Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, Beauchemin JP, Gregoire JP, Morin CM. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioral therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. CMAJ 2003;169:1015–20.
- 26 Giblin MJ, Clift AD. Sleep without drugs. J R Coll Gen Pract 1983;33:628–33.
- 27 Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. Am J Psychiatry 2004;161:332–42.
- 28 Petrovic M, Pevernagie D, Mariman A, Van Maele G, Afschrift M. Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. Eur J Clin Pharmacol 2002;57:759–64.
- 29 Cardinali DP, Gvozdenovich E, Kaplan MR ym. A double blind-placebo controlled study on melatonin efficacy to reduce anxiolytic benzodiazepine use in the elderly. Neuro Endocrinol Lett 2002;23:55–60.
- 30 Di Costanzo E, Rovea A. The prophylaxis of benzodiazepine withdrawal syndrome in the elderly: the effectiveness of carbamazepine. Double-blind study vs. placebo. Minerva Psichiatr 1992;33:301–4.

keiden pitkäaikaiskäyttäjää kolmeen ryhmään eri vieroitusmenetelmien tehon vertaamiseksi (21). Vieroittumista tuettiin yhdessä ryhmässä kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla ja toisessa ryhmässä vastaavan lume-biofeedback-intervention avulla. Näitä molempia annettiin viikoittain 8 kertaa. Kolmatta ryhmää vieroitettiin lääkärin valvonnassa ja kirjallisilla ohjeilla tuttuna asteittaisen bentsodiatsepiiniannosten pienentämisen avulla kahdeksan viikon aikana. Kaikissa ryhmissä bentsodiatsepiinien annos pieneni vieroituksen aikana keskimäärin 84 % lähtötasosta. Vuoden kuluttua annokset olivat keskimäärin kolmannes lähtövaiheen annoksista. Eri ryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja annoksen vähenemisessä.

### TAULUKKO 2.

#### Unilääkevieroitusta toivovan potilaan ohjaus (Sataunen malli).

**Muistaako potilas, milloin ja minkälaisen unihäiriön takia lääke on aloitettu.**

**Selvitä, ovatko unettomuutta aiheuttavat elämäntapa-asiat (pääteet, virkistävät aineet), psykiatriset ja somaattiset sairaudet tunnistettu ja niiden lääkehoito sekä lääkkeiden hoito optimoitu.**

**Selvitä, mitä hyötyjä ja haittoja potilas kokee unilääkkeistään.**

**Selvitä, onko potilas motivoitunut unilääkkeen vähennykseen ja/tai lopetukseen.**

**Keskustele odotetuista unilääkevieroituksen hyödyistä ja haitoista.**

**Kerro, että ohimeneviä vieroitusoireita tulee käytännössä kaikille pitkäaikaisesti unilääkkeitä käyttäneille varsinkin vieroituksen ensimmäisillä viikoilla.**

**Sovi potilaan kanssa vieroituksen tavoitteet (vähennys vai lääkityksen lopetukseen tähtäävä purku).**

**Laadi yhdessä potilaan kanssa kirjallinen vähennys- ja vieroitusohjelma.**

**Kerro potilaalle, että myös epäonnistuminen vähennyksessä tai lopetuksessa on mahdollista.**

**Sovi yhteydenottotavoista ennen jatkokäyntiä, jos haittaavia vieroitusoireita ilmenee.**

**Sovi jatkokäynnistä.**

Lähteenmäen ym. tutkimuksessa useiden vuosien ajan bentsodiatsepiiniunilääkkeitä käyttäneet saivat ensin tietoa bentsodiatsepiinien ja vieroituksen mahdollisista haittavaikutuksista. Sen jälkeen heidät satunnaistettiin neljän viikon asteittaisen vieroituksen ajaksi saamaan joko hitaasti vapautuvaa melatoniinivalmistetta (2 mg) tai lumetta iltaisin (9). Lisäksi kaikilla oli mahdollisuus viikoittaisiin keskusteluihin terveydenhoitajan kanssa. Kuukauden vieroitusjakson jälkeen noin 75 % henkilöistä ei käyttänyt unilääkkeitä. Puolen vuoden kuluttua vieroituksen aloittamisesta noin 40 % alkuperäisistä käyttäjistä oli kokonaan ilman unilääkkeitä. Melatoniini ei parantanut lumeseen verrattuna vieroitustuloksia.

Edellä referoitujen neljän tutkimuksen tulokset ovat sopusuhteissa meta-analyysin tulosten (18) kanssa. Kotimaisen vieroitusinterventiotutkimuksen (9) menetelmät ja tulokset on kuvattu tarkemmin tämän lehden artikkelissa Satauni – kotimainen unilääkevieroitusinterventio (32).

### Yhteenveto

Asteittainen unilääkkeen vähennys yhdistettynä psykoterapiaan tai kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin on todettu tehokkaimmaksi iäkkäiden unilääkevieroitusmenetelmäksi (taulukko 1), vaikka uusimmissa tutkimuksissa myös informaation ja ohjauksen antaminen vaikuttaisi olevan tehokasta. Psykoterapian saatavuus maassamme iäkkäiden unettomuuden hoitoon on käytännössä kuitenkin vähäistä. Sen sijaan kognitiivis-behavioraalisten menetelmien hyödyntäminen ei vaadi hoitohenkilökunnalta psykoterapiakoulutusta. Iäkkäiden unilääkkeiden pitkäaikaiskäyttö on yleistä, joten vieroitukseen halukaille pitäisi pyrkiä järjestämään alueellisen vastuunjaon ja hoitopolkujen mukainen tukiyksikkö tai tukiverkosto perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon geriatriisiin yksiköihin. Tällainen toiminta olisi todennäköisesti kustannustehokasta: se toisi suoraan säästöjä lääkemenkuluissa potilaille ja yhteiskunnalle sekä vähentäisi bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttöön liittyviä haitallisia seurannaisvaikutuksia, mm. kaatumistapaturmia ja muuta hoidon tarvetta.

Vapaaehtoisesti vieroitukseen osallistuvien, motivoituneiden vieroittaminen yleislääkärin ja sairaanhoitajan psykososiaalisesti tukemana onnistuu hyvin tuloksin perusterveydenhuollossa (taulukko 2). Suosittelemme unihoitajien koulut-

31 Tham TCK, Brown H, Taggart HM. Temazepam withdrawal in elderly hospitalized patients – a double-blind randomized trial comparing abrupt versus gradual withdrawal. *Ir J Med Sci* 1989;158:294–9.

32 Puustinen J, Lähteenmäki R, Neuvonen PJ ja Kivelä SL. Unilääkevieroituksesta saatiin hyviä tuloksia Satauni-projektissa. *Suom Lääkäril* 2016;71:1324–5.

#### SIDONNAISUUDET

Juha Puustinen: luentopalkkiot (Professio, Varsinais-Suomen Muistiyhdistys, Suomen Muistiasiantuntijat, Kankaanpään seudun muistiyhdistys, Novartis, Boehringer-Ingelheim, Lundbeck, ProEdu, Farmasian oppimiskeskus), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Lundbeck, Biogen, Boehringer-Ingelheim, Bayer, Orion, Novartis, Allergan).  
Ritva Lähteenmäki: apurahat (Suomen Kulttuurirahasto/Satakunnan rahasto, matkakorvaus (Leiras-Nycomed), osakkeet (Orion, Novo-Nordisk).  
Pertti J. Neuvonen, Sirkka-Liisa Kivelä: ei sidonnaisuuksia

tamista antamaan ohjausta ja neuvomaan normaaleista unen rakenteen muutoksista ikääntyessä ja nukkumiseen vaikuttavista sairauksista ja lääkehaitoista. Lääkärin tietämystä yleisistä unettomuuden syistä ja niiden hoidosta on syytä lisätä perus- ja täydennyskoulutuksessa.

Unilääkeannoksia tulee pienentää hitaasti, 1–3 kuukauden aikana asteittain, jotta vieroitusoireita esiintyisi mahdollisimman vähän. Neuvonta- ja tukikäyntejä hoitajan vastaanotolla kannattaa jatkaa vielä useiden kuukausien ajan unilääkkeistä eroon pääsemisen jälkeen. Annoksen pienennysnopeus sovitaan yhdessä potilaan kanssa, ja se on esimerkiksi 10–25 % 1–3 viikon välein. Tutkimuksissa, joissa käytettiin psykoterapiaa, vieroitustuloksen pysyvyyttä on selitetty terapian pitkäaikaisvaikutuksilla. Myös unilääkkeistä eroon päässeiden vertaistukiryhmä saattaisi olla avuksi.

Vieroituksen onnistumista ja säilymistä ei juurikaan voida ennustaa alkutilanteessa, kun kyseessä ovat tavanomaisia unilääkeannoksia käyttävät potilaat. Asteittainen unilääkkeiden vähennys ei tuonut esille vakavia haittatapahtu-

mia, kuten kouristuskohtauksia, mutta ns. rebound-unettomuus, jossa oireet ohimenevästi palaavat voimistuneina, oli tavallista, ja siitä kannattaa informoida potilasta etukäteen. Tavanomaista suurempia unilääkeannoksia käyttäville vieroittuminen on luultavasti vaikeampaa. Riittävän hitaasti etenevä suuren annoksen asteittainen pienentäminen kuitenkin vähentää vieroitusoireita.

Unettomuudelle altistavat sairaudet, niiden tunnistaminen ja hoito tulee optimoida. Suosittelemme lääkäreitä laatimaan yhdessä vieroitukseen motivoituneiden potilaiden kanssa hoitosuunnitelman, joka sisältää kirjallisen yksilöllisen vieroitusohjelman. Tällöin vieroittumisen toteutumista voidaan seurata hoitajan seuranta-käynnein ja potilasta voidaan tukea niiden yhteydessä psykososiaalisesti. Potilailla tulee olla mahdollisuus ottaa yhteyttä lääkäriin, mikäli vieroitusoireita esiintyy tai vieroitus ei etene suunnitellusti. ●

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english  
Withdrawing older people from benzodiazepine hypnotics

**JUHA PUUSTINEN**

M.D., Ph.D., Docent, Specialist in  
Neurology  
Hospital District of Satakunta,  
Unit of Neurology  
University of Helsinki,  
Division of Pharmacology and  
Pharmacotherapy,  
Clinical Pharmacy Group  
juha.puustinen@satshp.fi

**RITVA LÄHTEENMÄKI**

**PERTTI J. NEUVONEN**  
**SIRKKA-LIISA KIVELÄ**

# Withdrawing older people from benzodiazepine hypnotics

**Background**

Benzodiazepine-type hypnotics are intended for short-term use but their chronic use is common among older people. Chronic use of benzodiazepines increases the risk of falls and other adverse outcomes. Older women are of particular risk of sustaining fractures.

**Methods and results**

This review describes methods and results of recent benzodiazepine withdrawal studies. Gradual withdrawal of benzodiazepines within 1-3 months and psychosocial support given by medical and nursing personnel can result in good withdrawal success, at least in the short-term. Melatonin did not improve withdrawal results compared with placebo.

**Conclusions**

Long-term prescription of benzodiazepine hypnotics should be avoided. Chronic users of benzodiazepine hypnotics should be encouraged to withdraw. Gradual dose reduction of benzodiazepines combined with psychosocial support produces good short-term and moderate long-term withdrawal results.